

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N

THÈSE

1504

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre THÉVENIN

Né le 19 Février 1915 à Bourges (Cher)

**Les fièvres d'origine ovarienne,
de cause hormonale**

Président : MONDOR, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre THÉVENIN

Né le 19 Février 1915 à Bourges (Cher)

Les fièvres d'origine ovarienne, de cause hormonale

Président : MONDOR, *Professeur.*

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

VI. — AGREGES| CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .		BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé .	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En hommage de profonde et reconnaissante affection, et de gratitude pour l'aide qu'ils m'ont apportée et l'exemple de travail et de probité que j'ai toujours trouvé auprès d'eux.

A MON FRERE

En témoignage de ma tendresse.

A MES GRAND'MERES

En témoignage de respect filial.

A TOUTE MA FAMILLE

A Monsieur et Madame PERRIN

Qui m'ont entouré pendant plusieurs années de sollicitude et de soins paternels.

A Monsieur le Professeur MONDOR

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.*

A Monsieur le Docteur PIERRE AMELINE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien des Hôpitaux

Auprès duquel nous avons vécu les premiers jours de septembre 1939.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A L'HOPITAL DE TOURS

Monsieur le Professeur GUILLAUME-LOUIS
Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours
Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Tours

Messieurs les Docteurs CHEVET et HUC
Chirurgiens de l'Hôpital de Tours

Monsieur le Docteur BONNIN
Médecin de l'Hôpital-Sanatorium de Tours

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

Monsieur le Docteur MADIER
Hôpital Beaujon, 1936

Monsieur le Professeur CHEVASSU
Hôpital Cochin, 1936-37

Monsieur le Docteur HERSCHER
Hôpital Lariboisière, 1937-38

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE
Hôpital Lariboisière, 1938-39

Monsieur le Docteur THALEIMER

Messieurs les Docteurs HEPP, RUDLER, MONOD,
LEGER, POILLEUX, BEUGART
mes Maîtres à l'Hôpital Marmottan
jusqu'au jour de la guerre

A Monsieur et Madame HERVET

A Madame MARTINAT

A Monsieur et Madame PITAULT

A MES AMIS ET MES CAMARADES

Madame le Docteur MADELEINE VIOLET

Docteur ALBIN FAURE

Docteur DANIEL DAVID

ANDRÉ ANCELIN, Interne des Hôpitaux

ROBERT GAUTIER, Externe des Hôpitaux

LÉON DOLLOIS, Ingénieur I. D. N.

A MES COLLEGUES DE MARMOTTAN

INTRODUCTION

L'existence de fièvre évoluant en rapport étroit avec le cycle ovarien a été mise en évidence depuis fort longtemps. Toutefois, ce n'est qu'à partir des travaux du Dr M^{me} Hovelacque, du Dr Hamburger et du Dr Grevelink que l'on est arrivé à faire la part entre les fièvres ovariennes vraies, c'est-à-dire dépendant uniquement du cycle ovarien, fièvre que nous appellerons « fièvre ovarienne hormonale », et les autres fièvres qui peuvent être rythmées par le cycle ovarien, en particulier chez les tuberculeuses vraies ou en puissance.

Il est vrai que le diagnostic de ces fièvres présente un très grand intérêt, surtout dans le but d'éviter de faire soigner pour tuberculose ou cardiopathie des sujets qui ne sont nullement atteints. En effet, depuis de nombreuses années, on a insisté sur l'existence chez les jeunes filles et les femmes tuberculeuses ou pré-tuberculeuses d'un léger clochet prémenstruel dont on a voulu faire un signe important de diagnostic. Il est intéressant, dans ce cas, de prendre journellement, matin et soir, la température de ces malades pendant une période très prolongée, afin de voir s'il ne se produit pas un cycle thermique coïncidant avec le cycle hormonal ovarien.

L'intérêt de la question réside non seulement dans l'existence d'une forme de fièvre très peu connue, mais aussi dans le traitement d'un certain nombre de syndromes nerveux, en particulier chez les hystériques où l'on peut cons-

tater souvent l'existence de fièvre indubitablement d'origine ovarienne. Sans vouloir mettre au point une question extrêmement ardue, vu l'état incomplet de nos connaissances sur les sécrétions de l'ovaire, il est intéressant de chercher à soulager de tels malades par des moyens appropriés. En reprenant ici l'étude de ces états fébriles, nous apportons une modeste contribution aux travaux précédemment effectués par le D^r M^{me} Hovelacque, le D^r Hamburger et le D^r Grevelink.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis longtemps, les médecins ont pu remarquer que les règles s'accompagnent chez certains sujets de troubles psychiques et de troubles physiques. Si nous laissons de côté les troubles psychiques, nous pouvons constater que, déjà, au XVIII^e siècle, on avait trouvé qu'il existait parfois une fièvre légère prémenstruelle. En effet, à ce sujet, Théophile de Bordeu décrivait : « Une sorte de fièvre, remarquable par son pouls particulier. » Il va de soi que l'on ne put mesurer cette fièvre que du jour de l'invention du thermomètre. En 1870, Rabuteau décrivait une hypothermie menstruelle par rapport à la température du corps pendant la période intermenstruelle. Deux ans plus tard, Wunderlich déclarait déjà que « l'éruption des règles est précédée d'une augmentation de température beaucoup plus souvent dans les cas morbides que dans les cas hygides; en outre, les menstrues mettent souvent les femmes passagèrement dans la condition de tempéraments nerveux ou augmentent cette condition quand elle a existé avant, et il en résulte une grande variabilité de la température; ou bien elles se compliquent d'un accès de fièvre chez certaines personnes de nature irritable ».

Vers la même époque, Hennig décrivait l'existence d'une élévation thermique dans les jours précédant immédiatement les règles. Ceci fut constaté et confirmé par Jacobi. Mais ce n'est qu'en 1884 que Reinl, portant ses observa-

tions sur un très grand nombre de cas, put définitivement déclarer que la température animale est plus élevée les quelques jours précédant les règles que pendant la période menstruelle.

Dans l'époque actuelle, les conclusions de ces auteurs, ainsi que celles de Giles, qui avait étudié les variations de température chez 45 femmes et avait pu constater que la température est à son minimum dans la période intermenstruelle, à son maximum juste avant les règles pour s'abaisser brusquement lorsque celles-ci apparaissent, ont été vérifiées par M^{me} Francillon et Vignes d'une façon, il est vrai, moins concluante.

Toutefois, il faut noter qu'il existe un certain nombre d'auteurs qui déclarent que cette élévation prémenstruelle de la température n'existe pas. Ainsi Riebold déclare que la fièvre prémenstruelle relève de lésions plus ou moins latentes et ne se voit pas dans un organisme bien portant, car il a examiné 2.000 femmes pendant deux ans et il n'a pu constater l'existence de cette fièvre que dans 87 cas; et, dans tous ces cas, sauf 4, il avait affaire à des tuberculeux, et ces 4 cas non tuberculeux étaient des constipés. De là, et avec les travaux de Bezançon, Bourgeois et d'autres, on est arrivé à considérer que la fièvre prémenstruelle n'existait que chez des tuberculeuses ou des femmes en état de pré-tuberculose.

Toutefois, en 1921, M^{me} Hovelacque déclare, dans sa thèse, que toute fièvre prémenstruelle qui n'a pas fait sa preuve n'est pas nécessairement liée à la tuberculose.

La question a été rendue de nouveau à jour depuis les progrès considérables qui ont été effectués dans l'étude

des sécrétions internes. On a pu mettre en évidence des fièvres d'origine hypophysaire, thyroïdienne, surrénalienne, etc. Il est donc logique que l'on puisse admettre *a priori* qu'il en est de même pour l'ovaire et que les dérèglements de la sécrétion ovarienne peuvent, étant donné l'étroite relation qui unit l'hypophyse à celle-ci, donner naissance à des anomalies thermiques.



CHAPITRE II

RESUME SUR LA PHYSIOLOGIE DES OVAIRES

L'ovaire est non seulement l'organe générateur de l'œuf, mais aussi une glande à sécrétion interne extrêmement compliquée, d'un rôle capital dans la vie et l'évolution d'un sujet. Même de nos jours, la découverte de nombreuses hormones sécrétées par cette glande n'a pas encore élucidé le mécanisme de sa fonction.

On sait qu'il existe un cycle œstral que l'on a décomposé en de nombreuses phases, dont les plus importantes sont le préœstrus, l'œstrus et le post-œstrus.

Le préœstrus est la période du cycle génital essentiellement caractérisée par la naissance et la maturation du follicule de de Graaf.

L'œstrus équivaut à la période de rupture du follicule de de Graaf, période à laquelle a lieu la ponte ovulaire. C'est à ce moment que la folliculine sécrétée est libérée dans l'organisme et peut agir sur les tissus en produisant l'état congestif des organes génitaux et des glandes mammaires.

Cette période est suivie d'une période dite de post-œstrus qui est sous la dépendance des hormones sécrétées par le corps jaune, hormones très nombreuses, dont le rôle actuel est encore mal défini, où l'on peut déjà classer la lutéine, la progestine, la progestérone. Au post-œstrus correspondent des modifications génitales, en particulier

et surtout les transformations de la muqueuse utérine dont les glandes se développent afin de préparer cette muqueuse à la nidation de l'œuf. Les relations réciproques qui existent entre les hormones du follicule de de Graaf et les hormones du corps jaune sont encore très peu connues. Toutefois, il n'y a aucun doute qu'il existe un antagonisme réciproque entre la folliculine et les hormones du corps jaune, surtout la progestine.

Nous avons déjà laissé entrevoir le rôle de l'hypophyse. L'influence de cet organe sur les sécrétions ovariennes est d'une importance capitale, et a pu être mise en évidence grâce aux travaux des auteurs américains et anglais. En effet, Evans et Long, Zukermann, Allen Doisy, etc., ont pu démontrer l'étroite relation qui existe entre ces deux organes. L'opinion générale actuelle est qu'il faut classer les hormones hypophysaires qui peuvent agir sur l'ovaire en deux grandes classes : les hormones folliculaires et les hormones lutéinisantes qui agissent, ainsi que le nom l'indique, les uns sur le développement du follicule de de Graaf, les autres sur le développement et la régression du corps jaune.

Toutefois, on est obligé d'admettre que, si la sécrétion ovarienne dépend dans sa plus grande partie du lobe antérieur de l'hypophyse, on ne peut pas éliminer l'influence sur les mécanismes hormonaux du système nerveux. Il existe indubitablement, ainsi que l'a démontré Collin, des réflexes génitaux pouvant se répercuter jusqu'à l'hypophyse qui, à son tour, par voie hormonale, déclenche l'ovulation. Ainsi il a été prouvé que, chez la chatte, l'ovulation est déclenchée par le coït. Si l'on admet la possibilité de l'influence nerveuse sur le cycle génital, on est obligé de

lui admettre aussi un centre nerveux spécial, et les auteurs ayant étudié le sujet s'accordent pour donner à ce centre un siège diencéphalique.

En résumé, le cycle génital normal dépend en premier lieu des hormones de l'ovaire. Ces hormones sont elles-mêmes libérées et dirigées par les hormones de la partie antérieure de l'hypophyse. En dehors des glandes à sécrétion interne, il existe des influences nerveux que l'on ne peut mésestimer.

CHAPITRE III

LES VARIETES DE FIEVRES OVARIENNES

Si l'on admet que chez la femme normale il peut exister une légère hyperthermie prémenstruelle, hyperthermie qui rarement est supérieure à $0,5^{\circ}$, que l'on doit d'ailleurs considérer comme pathologique si elle dépasse ce niveau, il existe certains états dans lesquels cette fièvre prémenstruelle, au lieu de durer un ou deux jours, s'étend sur un nombre plus grand de jours.

Suivant la durée de la fièvre, Hamburger avait distingué un certain nombre de variétés de celles-ci qui toutes sont caractérisées par l'apyrexie absolue pendant la période cataméniale. Il est indispensable, si l'on veut étudier cet état fébrile, que la température soit prise matin et soir pendant une période prolongée couvrant au moins trois ou quatre cycles menstruels. Il existe des observations qui ont été prises sur des durées aussi considérables que deux ou trois ans.

Dans l'ensemble de ces fièvres, le D^r Hamburger avait distingué cinq variétés :

1° *Fièvre prémenstruelle*. — Nous avons vu que normalement il existe une légère hyperthermie prémenstruelle. L'exagération de celle-ci formera la fièvre prémenstruelle que le D^r Hamburger veut rattacher à une cause hormonale. Il y distingue d'ailleurs deux variétés, une variété longue qui s'étend sur un dizaine de jours, et une variété

brève où la fièvre n'existe que deux ou trois jours. Certes, on peut rattacher la variété longue à une origine hormonale d'autant plus que dans ces cas la fièvre apparaît presque toujours vers le 14^e ou le 15^e jour de l'espace intermenstruel, c'est-à-dire au moment de l'ovulation. En d'autres termes, il semble que l'ovulation fasse apparaître un rythme thermique nouveau qui cesse lors de l'apparition des règles.

On ne peut pas en dire autant, nous semble-t-il, de la forme brève des fièvres ovariennes décrites par Hamburger. Cette forme brève ne serait qu'une exagération de la fièvre prémenstruelle normale, exagération que l'on retrouve pratiquement chez toutes les bacillaires ou toutes les pré-tuberculeuses, et l'existence de cette variété de fièvre nous fait beaucoup plus penser à la possibilité d'une infection bacillaire qu'à l'existence d'une fièvre d'origine hormonale.

2° *Fièvre menstruelle.* — Il s'agit de l'existence d'hyperthermie pendant la période des règles. C'est un état qui nous semble rarissime et sur lequel nous n'insisterons pas, bien que selon Fekete cette hyperthermie menstruelle existerait d'une façon normale.

3° *Fièvre ovulaire.* — La fièvre ovulaire consiste en une poussée de température se situant exactement au milieu de la période intermenstruelle, c'est-à-dire au moment de la ponte ovulaire. Elle existe rarement seule.

4° *Fièvre ovulaire et prémenstruelle.* — Dans ce cas, on constate l'existence pendant le cycle menstruel de deux poussées thermiques, l'une durant quelques jours, pré-

menstruelle, l'autre durant quelques jours aussi vers le 15^e jour de l'intervalle intermenstruel correspondant à la période de ponte ovulaire.

5° *Fièvre ovarienne continue.* — C'est le cas le plus typique des fièvres ovariennes d'origine hormonale car, en effet, il existe pendant toute la période intermenstruelle une température voisine de 38° dont les extrêmes ne varient pas de plus de 3/10° en moyenne, avec une chute brutale de cette température dès le jour de l'apparition des règles et apyrexie complète pendant toute la durée de celle-ci.

Le Dr Hamburger et le Dr Grevelink sont arrivés à recueillir un certain nombre d'observations de cet état où l'aspect de la courbe thermique est caractéristique et pose le diagnostic d'emblée.

Quelle que soit la variété de fièvre ovarienne, qu'elle soit prémenstruelle et ovulaire ou continue, l'aspect cyclique est particulier, rythmé par les règles dont un épisode du cycle ovarien suffit à poser le diagnostic.

Il faut insister sur l'extrême stabilité de cette fièvre. On a pu recueillir des observations s'étendant sur quatre années et plus. M^{me} Hovelacque avait même recueilli une observation s'étendant sur huit ans et demi, pendant lesquels elle a pu constater la parfaite régularité de la courbe thermique, et nous-même nous avons suivi un cas de fièvre ovarienne pendant plus d'un an.

Outre l'existence de la fièvre, les malades souffrent d'un certain nombre de troubles peu caractéristiques que l'on a trop souvent l'habitude de rapporter à un état de nervosisme. Ce sont, ou bien des sensations de fatigue, l'absolue impossibilité de faire agir sa volonté, la malade reste

couchée, elle est prise d'une lassitude extrême, le moindre effort lui coûte une peine considérable, elle souffre d'angoisses, elle a des palpitations, mais, dans tous ces troubles mal définis, on est quand même arrivé à distinguer un certain nombre de formes où prédominent soit des phénomènes cardio-vasculaires, soit des phénomènes imitant une infection tuberculeuse ou autre, soit des troubles psychiques, soit enfin une forme purement douloureuse composée uniquement de troubles menstruels.

I. — *Fièvre ovarienne avec prédominance de troubles cardio-vasculaires.*

a) Troubles congestifs. — On peut constater, dans certains cas de fièvres ovariennes d'origine hormonale, la prédominance de troubles relevant du système cardiaque et vasculaire, consistant en un état congestif brusque avec rougeur de la face, bouffées de chaleur, palpitations, sensation de chaleur des extrémités. La malade a tendance à s'évanouir, et on a pu constater parfois l'existence concomitante de troubles cardiaques vrais, en particulier d'extra-systoles.

b) Troubles spasmodiques. — D'autres malades au contraire se plaignent de doigts morts, de refroidissement des extrémités, de froid, mais il s'agit toujours de troubles passagers, mais qui, fréquemment répétés, inquiètent la malade et que l'on a traités efficacement par les injections sous-cutanées d'acétyl-choline.

c) Troubles douloureux. — Enfin il existe de nombreuses malades qui se plaignent uniquement de douleurs à la région pré-cardiale, au creux épigastrique, qui vont consul-

ter des cardiologues se croyant atteintes de maladie cardiaque grave, et qui parfois sont traitées pour des cardiopathies.

Mais il faut noter, et c'est là le point capital du diagnostic, que tous ces troubles, qu'ils soient congestifs, spasmodiques ou douloureux, cessent automatiquement et complètement le jour de l'apparition des règles et n'apparaissent que dans l'espace intermenstruel parallèlement à la fièvre.

II. — *Formes pseudo-tuberculeuse et pseudo-infectieuse.*

Ce sont là des formes où le diagnostic de l'affection est d'intérêt capital. En effet, la réaction du médecin devant un malade qui vient le consulter pour des troubles mal définis, chez qui on prend la température et chez qui on trouve une fièvre moyenne aux alentours de 38° la veille des règles, est de songer immédiatement à une infection bacillaire. L'existence de la fièvre prémenstruelle chez les bacillaires et les pré-tuberculeuses a été bien démontrée par les travaux de Bezançon et de Sabourin. De telles maladies sont souvent mises en observation et traitées comme des tuberculeuses en puissance, et après un temps plus ou moins prolongé, comme on ne voit survenir aucun incident permettant d'orienter définitivement le diagnostic sur la tuberculose pulmonaire, et, bien que la température n'ait pas diminué, il arrive que l'on est obligé d'envisager des maladies diverses telles que colibacillose, salpingite ou une infection locale qui permettrait d'expliquer la température des malades.

On verra dans une de nos observations qu'une malade souffrant de fièvre ovarienne d'origine hormonale fut laparatomisée, que l'on ne trouva rien d'anormal, que l'on extirpa son appendice qui était sain, que les suites opératoires furent normales, mais que la fièvre ne fut en rien supprimée. Une autre malade fut opérée aussi de l'appendicite et vint consulter sur l'avis de son médecin afin de savoir s'il serait utile qu'elle subisse une cholécystectomie. Il arrive aussi que l'on pense à une fièvre d'origine thyroïdienne, mais chez les malades présentant une fièvre ovarienne d'origine hormonale le métabolisme basal est rarement augmenté, et, s'il est augmenté, il ne l'est que de 5 à 8 %.

Ainsi que nous l'avons dit précédemment, c'est l'aspect typique de la courbe thermique qui, dans tous les cas, permettra de faire un diagnostic précis.

III. — *Formes où prédominent les troubles psychiques.*

Ce sont dans des formes où le diagnostic des fièvres ovariennes est extrêmement difficile à poser parce qu'on ne songe pas à faire prendre au malade sa température journalière, matinale et vespérale, pendant plusieurs cycles ovariens. Ce sont des malades qui se présentent avec des manifestations psychiques les plus variées. Le plus souvent, elles se plaignent de lassitude extrême, de fatigue, de douleurs articulaires ou musculaires allant parfois jusqu'à une incapacité totale, et alors la malade se couche et ne trouve même plus l'énergie ni la volonté de se lever. Ces formes sont accompagnées de dépérissement, de maigreur extrême. Cet état conduit à des dépressions men-

tales, neurasthénie, voire à la tendance au suicide afin de mettre un terme à un état pénible et insupportable.

Au contraire, d'autres malades ont des périodes d'agitation. Ce sont celles que l'on prend souvent pour des hyperthyroïdiennes. Elles ont des bouffées de chaleur, de l'insomnie, des tremblements de main, elles maigrissent. Mais, lorsque l'on recherche leur métabolisme basal, on trouve qu'il est normal même en pleine période de fièvre.

Le Dr Hamburger présente le cas d'une malade qui vint le consulter avec un volumineux dossier contenant les résultats d'examens les plus variés : examen du sang, du métabolisme basal, radiographie pulmonaire, intestinale, de la vésicule biliaire, examen des urines, examen des selles. Ce sont dans ces formes psychiques qu'il faut songer à obliger ces malades à prendre leur température car, faute d'un traitement approprié, on s'expose à voir évoluer leurs troubles psychiques qui deviennent de plus en plus intenses, les conduisant aux hallucinations, au suicide.

IV. — *Fièvres ovariennes à forme douloureuse.*

Ce sont les formes les plus rares. Les fièvres ovariennes d'origine hormonale s'accompagnent de peu de troubles fonctionnels du système génital. Les malades sont en général bien réglées, à peine peut-on noter un raccourcissement de la période cataméniale. On ne trouve pas de lésion du système génital. Les seuls signes que l'on peut observer sont une congestion intense de la région pelvienne qui accompagne des douleurs parfois très intenses au moment de l'évolution.

EVOLUTION

C'est une évolution extrêmement longue. La malade supporte cet état pendant de nombreuses années et, en général, ne vient consulter que lorsque les troubles se matérialisent soit par l'amaigrissement, soit par des troubles psychiques, soit par des troubles pseudo-cardiaques ou pseudo-infectieux. C'est un état permanent, toujours semblable à lui-même. Une fois la malade atteinte d'une forme déterminée de fièvre ovarienne, elle garde celle-ci et le cycle de sa pyrexie peut se superposer d'une période menstruelle à une autre, même à plusieurs années de différence. Ainsi que l'ont pu montrer les observations de M^{me} Hovelacque, du D^r Hamburger, de Fekete, cette fièvre suit la malade sans cesse et ne s'arrête que le jour de la ménopause. Selon Fekete, la grossesse interrompt cette fièvre qui cependant reprendrait après l'accouchement avec la même allure et la même régularité.

En résumé, le diagnostic se fait sur la courbe de température et uniquement sur elle. On doit éliminer avant tout les maladies infectieuses, pulmonaires ou autres. On doit songer à prendre systématiquement la température pendant plusieurs cycles ovariens chez les malades se présentant avec des troubles persistants, mal définis. On doit surtout éliminer un diagnostic pouvant conduire ces malades à subir une intervention chirurgicale qui ne les soulagerait pas et enfin on songera à éliminer l'hyperthyroïdie dont les signes ne sont pas modifiés par les règles.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous reproduisons ici deux observations dues à l'obligeance du D^r Hamburger, observations qui furent publiées, la première dans *la Presse Médicale* du 20 juin 1937, et la seconde par le D^r Grevelink. Nous avons fait suivre cette dernière observation par un cas récent observé par le D^r Grevelink, cas qui malheureusement n'a pas pu être suivi vu les circonstances actuelles.

OBSERVATION I

M^{lle} A. C..., 38 ans, employée de commerce.

La malade vient consulter pour une fièvre continue d'autant d'au moins deux ans.

En 1931, ayant demandé conseil à son médecin pour de légères ménorragies qui duraient depuis plusieurs années, celui-ci constate qu'elle a de la fièvre (38°2 à 14 heures). Il lui recommande de prendre régulièrement sa température, et, à sa grande surprise, elle note que chaque jour la température, qui est de 37°7, 37°8 au réveil, atteint 38° et 38°2. Depuis cette époque, la malade n'a jamais cessé d'avoir de la fièvre, sauf, comme il sera rappelé plus loin, au moment de ses règles. Celles-ci terminées, la fièvre reprend son rythme habituel. Pendant un an de suite, la

fièvre persiste, sans qu'on puisse en trouver l'origine. Les différents examens pratiqués à diverses reprises sont négatifs.

En mai 1932, un certain degré de sensibilité de la fosse iliaque droite fait poser le diagnostic d'appendicite chronique. A l'intervention, on pratique une incision médiane afin d'explorer toute la cavité pelvienne. L'utérus et ses annexes ne présentent rien de particulier. Le péritoine est normal. L'appendice est enlevé : il est long, mais sain. Après des suites opératoires normales, la patiente ne cesse d'avoir de la fièvre. Celle-ci atteint parfois 38°8. Fait remarquable, au moment des règles, la malade est apyrétique. En août 1933, elle vient à nouveau consulter. Rien dans son aspect extérieur ne trahit cette hyperthermie que la malade supporte toutefois péniblement. L'examen permet cependant de constater quelques signes endocriniens, tels que frilosité, canitie précoce et familiale, livedo et léger degré d'acrocyanose.

Les menstrues, apparues à quatorze ans, se produisent régulièrement toutes les trois semaines, sont abondantes et prolongées (huit jours). Depuis quelques années, les règles ont légèrement diminué d'abondance.

Signalons que, parmi les nombreuses explorations pratiquées chez notre malade, le métabolisme s'est montré augmenté de 7 %. Le seul trouble fonctionnel important dont se plaint chaque jour notre malade est une sensation d'épuisement musculaire accompagnée de vertige qui l'oblige à se reposer au cours de son travail.

Sur le conseil de M. le Professeur Abrami, on pratique (fin novembre 1933) un traitement par l'auto-hémothérapie sous forme de 12 injections, à raison de 3 par semaine, sauf pendant les règles. Nous pûmes constater, au bout de

six semaines, que la température était redevenue normale. Cette modification se poursuivit pendant six mois. Malheureusement, la fièvre intermenstruelle reprit. La courbe thermique était différente, cependant, puisque la **fièvre** s'élevait progressivement jusqu'au milieu du mois intermenstruel (au lieu d'être en plateau).

C'est alors qu'utilisant cette notion connue de l'action hypothermisante de la folliculine, nous en injectâmes à deux reprises à notre malade : la première injection de 500 unités fut pratiquée le 16 juin 1936 (trois jours après la fin des règles) et rendit la température absolument normale. Nous devons dire cependant que, le 26 juin, la température monta à 37°5 et, le 30 juin, à 37°6. La deuxième injection eut lieu le 1^{er} juillet 1936 dans les mêmes conditions et, depuis, la température reste normale. Par la suite, on tenta une injection de utéine (600 unités), celle-ci fut sans action sur la courbe thermique.

OBSERVATION II

M^{lle} J. D..., âgée de 32 ans, est venue consulter à l'hôpital Lariboisière : elle désirait savoir s'il lui était utile de subir une cholécystectomie, qui lui aurait été proposée, pour mettre fin à un état fébrile qu'elle présentait depuis des années.

Quatre ans auparavant, elle avait déjà été opérée (appendicectomie et ligamentopexie pour rétroversion utérine); à cette époque, elle s'était plainte de bouffées de chaleur, de nervosisme, de poussées de fièvre, d'augmentation de poids allant jusqu'à 65 kilos.

Un examen général très complet pratiqué à ce moment-là n'a rien révélé d'anormal.

Cependant, on constate depuis cette époque, d'une manière constante, l'existence d'un hyperthermie pendant les treize jours qui précèdent l'arrivée des règles (37°3 le matin, 38° à 38°2 le soir). En même temps, il existe une asthénie marquée, un nervosisme intense, des phénomènes congestifs très accentués et des insomnies. **Le matin, la face est congestionnée, parfois même violette.**

Ces troubles ont été traités jusqu'ici par les médications opothérapiques suivantes :

— Gynoestryl, Benzogynoestryl. En période d'apyrexie, la folliculine semble avoir provoqué la fièvre.

— Hormoflavéine. Prise en période de fièvre, l'hormone du corps jaune ne déterminait aucune modification de la courbe thermique.

— Stérandryl. L'hormone mâle a provoqué de la fièvre.

Antécédents héréditaires. La malade a une sœur qui présente un syndrome analogue, mais moins accentué. Deux autres sœurs sont en bonne santé. Le père est mort d'une affection de la prostate à 80 ans. La mère est vivante, en excellente santé.

Antécédents personnels. Elle a eu la rougeole à 7 ans et une adénite sous-maxillaire à 12 ans.

La malade a été réglée à 12 ans, et l'établissement des règles s'est passé sans incident. Elle a grandi jusqu'à l'âge **de 17 ans.**

Etat actuel (22 décembre 1937) : taille, 1 m. 70; poids, 53 kilos.

Le cycle menstruel est actuellement de 24 à 25 jours, les règles durent trois jours et elles sont d'abondance normale. Elles sont précédées de quelques douleurs qui disparaissent le premier jour. Il existe également un gonflement des seins. Le sang menstruel contient des caillots.

Au point de vue endocrinien, on trouve une certaine friabilité, une acrocyanose modérée des deux jambes et une laxité ligamentaire nette. La malade se tord facilement les chevilles.

Le corps thyroïde est normal. Pas d'exophtalmie. Le pouls est à 80.

Pas de signe de Chvostek.

Pas de noyaux de mammite chronique.

La pilosité est normale.

Actuellement, la malade est en période de fièvre.

Le 23 décembre, la fièvre tombe et l'état général est très amélioré.

Le 24 décembre, on fait 25 minutes de diathermie mammaire.

Le 25, pas de fièvre. On pratique un test endocrinien (interférométrie) qui donne une indication mammaire. Mais, le soir même et pendant les quatre jours suivants, la malade est atteinte de grippe et d'une angine rouge, ce qui interrompt le traitement.

Les règles surviennent le 3 janvier 1938.

Le 8 janvier, 25 minutes de diathermie mammaire.

Le 10 janvier, 20 minutes de diathermie mammaire. Après chacune des séances, malaises, mais pas de fièvre.

Le 12 janvier, un nouveau test endocrinien donne une indication ovarienne.

Le 13 janvier, 25 minutes de diathermie ovarienne. Le 15 janvier, 20 minutes. La fièvre ne survient pas, bien qu'elle ait dû survenir à partir du 15.

Le 17 janvier, un nouveau test endocrinien donne une indication mammaire. Un quart d'heure de diathermie mammaire.

On fait tous les deux jours de la diathermie mammaire, et la fièvre ne survient pas. Cependant, à partir du 21, commencent les malaises.

Le test du 23 janvier donne une indication ovarienne et, à partir du 24, on fait de la diathermie ovarienne. Cependant, le 29, la fièvre arrive. Elle est enrayée par de nouvelles séances de diathermie ovarienne, mais les malaises persistent.

Le 1^{er} février, les règles arrivent, 28 jours après le début des précédentes.

Ce qui frappe chez cette malade, c'est l'instabilité endocrinienne, attestée aussi bien par les tests endocriniens que par l'empreinte plantaire. Cette instabilité rend le traitement très délicat.

OBSERVATION III

(personnelle, inédite)

M^{me} M. C..., âgée de 38 ans.

A été réglée à 15 ans.

Ne présente aucun signe particulier jusqu'à l'âge de 25 ans, où elle a été atteinte d'une salpingite.

Présente en ce moment des troubles nerveux consistant en insomnies, bouffées de chaleur.

A d'abord été traitée comme hyperthyroïdique. Son métabolisme basal toutefois n'a pas changé.

C'est par hasard que cette malade aura été suivie pendant plus de deux mois. On a remarqué que sa courbe thermique présentait une température régulière, légèrement inférieure à 38° pendant tout l'espace intermenstruel,

avec chute brutale dès l'apparition des règles, suivie de température normale pendant celle-ci, et reprise de la pyrexie pendant l'espace intermenstruel.

Malheureusement cette malade, vu les circonstances actuelles, n'a pas pu être suivie, et nous ignorons les résultats du traitement auto-hémothérapique que nous avons pratiqué.

(Due à l'obligeance du D^r Grevelink.)

CHAPITRE V

TENTATIVE D'EXPLICATION SUR L'ORIGINE DES FIEVRES OVARIENNES

Il n'y a aucun doute que les fièvres que nous avons décrites précédemment sont étroitement liées au cycle ovarien. Le Dr Hamburger avait étudié la variation de l'élimination urinaire de la folliculine chez de telles malades, et était arrivé à la conclusion que cette élimination se fait proportionnellement à la fièvre, c'est-à-dire que la folliculinurie montait pendant la période pyrexique et descendait pendant la période apyrexique. D'autre part, Verzar et Arvay avaient pu déterminer, en injectant régulièrement de la folliculine chez les rats, une fièvre, de peu de durée il est vrai. Il semble à première vue que c'était l'excès de folliculine qui était la cause de cette fièvre.

Le problème est en réalité beaucoup plus ardu, étant donné l'étroite interaction qui existe entre toutes les glandes à sécrétion interne, et il est très possible qu'en réalité l'hyperthermie soit due à l'action de l'hypophyse, action qui serait déclenchée par les hormones ovariennes. Il pourrait en être de même de l'action de thyroïde.

Selon Geiger, les hormones ovariennes paraissent agir par l'intermédiaire des surrénales en déclenchant une libération d'adrénaline. Mais cette théorie n'a pas encore été vérifiée par les faits précis.

On en revient donc à penser que les hormones ovariennes agissent très probablement sur l'hypophyse; or, les relations qui existent entre l'hypophyse et les centres thermiques ont été bien mises en évidence par Roussy et Mosinger.

Il existe un argument clinique qui permet même d'affirmer que, dans le plancher du troisième ventricule, il y a des centres agissants sur la vie génitale, très voisins des centres thermiques. En effet, on a pu constater (Kraus) des modifications de l'ovaire dans les tumeurs de cette région.

Menninger-Lerchenthal avaient remarqué que la fièvre pouvait déclencher les règles et concluaient qu'en agissant sur les centres de la thermorégulation, celle-ci agit aussi sur les centres génitaux. Ces centres génitaux, à leur tour, agissent sur l'hypophyse dont les hormones déclenchent la menstruation.

En résumé, on peut conclure avec Grevelink qu'« un excès de folliculine circulante inhibe la sécrétion hypophysaire » (Max Aron), cette inhibition se faisant vraisemblablement par l'intermédiaire des centres nerveux. Il est vraisemblable que l'action inhibitrice de la folliculine s'étend à un certain nombre de centres hypothalamiques dont le centre de la thermogénèse. Par contre, la diminution de la folliculine sanguine excite ces centres, comme aussi elle active la sécrétion hypophysaire. La température baisse donc lorsque la folliculine circulante est abondante et monte lorsque le taux de cette hormone baisse.

CHAPITRE VI

DU TRAITEMENT DES FIEVRES OVARIENNES D'ORIGINE HORMONALE

Tous les anti-thermiques usuels sont inefficaces dans le traitement de la fièvre ovarienne.

Les traitements que l'on peut essayer sont ou l'opothérapie ou bien la physiothérapie. De nombreux auteurs ont essayé, dans certains cas, surtout dans la fièvre menstruelle des tuberculeuses, les injections de folliculine, mais les effets de cette hormone, bien que réels, sont transitoires, et il semble que l'organisme peut s'accoutumer, et alors cette hormone n'a plus aucun pouvoir.

Fekete avait trouvé dans certains cas que la température peut être abaissée par l'hormone antéhypophysaire. Mais c'est un cas exceptionnel.

On a essayé des procédés physiothérapiques, en particulier diathermie ovarienne et mammaire, qui, d'après Dausset, Dejust et Ferrier, paraissent agir sur la fièvre ovarienne.

En réalité, tous les traitements essayés jusqu'à présent se sont montrés inefficaces ou d'une efficacité transitoire. Le seul traitement qui ait donné un résultat de longue durée (6 mois) fut appliqué par le Professeur Abrami et

consistait dans l'auto-hémothérapie (voir observation I), qui fut pratiquée sous forme de deux injections, en raison de trois par semaine, sauf pendant les règles, et au bout de 6 semaines la température du sujet était redevenue normale.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

I. — On a décrit une fièvre caractérisée par :

a) Son rythme : elle existe pendant tout l'intervalle intermenstruel, elle n'existe pas pendant les règles;

b) Elle est d'intensité moyenne, rarement supérieure à 38° , $38^{\circ}2$;

c) Les écarts entre la température le matin et le soir sont minimes, dépassant exceptionnellement $0,4$ à $0,5^{\circ}$, en moyenne $0^{\circ}3$;

d) Elle est certainement en relation avec le cycle ovarien, non seulement parce qu'elle est rythmée par celui-ci, mais aussi parce qu'elle cesse au courant de la grossesse et à la ménopause.

II. — Cette fièvre se manifeste, outre la température, par des syndromes qui ont été décrits, qui peuvent être variés et dont les plus importants sont les syndromes psychiques accompagnés ou non d'asthénie, de fatigue ou de dépression pouvant parfois conduire ces malades au suicide.

III. — On a décrit des cas qui se manifestent par des syndromes pseudo-infectieux (particulièrement pseudo-tuberculeux) et pseudo-cardiaques.

IV. — Le diagnostic de ces fièvres est difficile si l'on n'est pas en présence de la courbe thermique, mais elle est faite à première vue en présence de celle-ci, surtout lorsqu'elle a été prise régulièrement pendant plusieurs cycles ovariens.

V. — Le pronostic est bon. Ces fièvres sont souvent méconnues et évoluent pendant de nombreuses années.

VI. — Le traitement n'a pas encore été mis au point. L'effet des injections hormonales diverses ont des effets transitoires. Jusqu'à présent, le seul traitement qui ait donné un résultat de longue durée a été pratiqué par le Professeur Abrami (auto-hémothérapie).

VII. — L'état actuel de nos connaissances sur les sécrétions internes de l'ovaire et des autres glandes endocriniennes et surtout de leur interaction réciproque a encore besoin d'être éclairci, non pas tant au point de vue physiologique qu'au point de vue clinique afin de pouvoir appliquer à ces malades un traitement approprié.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
MONDOR

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Aron (M.)*. — Histologie et physiologie de l'ovaire. Rapp. au 3^e Congrès fr. de Gynéc., 1934.
- Ascheim et Zondek*. — Das Ovarium. Berlin, 1931.
- Bezançon*. — Bull. Méd., 22 oct. 1913.
- Bourgeois (P.)*, *M^{lle} de Jesensky et Lagaillarde*. — Rev. de la Tuberc., 1935, 1, 5.
- Caussimon*. — Presse Méd., 30 nov. 1929.
- Collin (R.)*. — L'innervation de la glande pituitaire. Hermann, Paris, 1937.
- Courrier*. — C. R. Soc. Biol., réunion plénière, 1931.
- Cullis, Oppenheimer et Ross-Joyonson*. — Lancet, 1922, p. 954.
- Dausset, Desjust et Ferrier*. — Ann. de Thér. biol., 15 janv. 1934.
- De Gennes*. — Journ. Méd. et Chir. prat., 10 janvier 1934.
- Evans*. — Growth and gonad-stimulating hormones of anterior hypophysis., Univ. of Calif., 1933.
- Fekete (V.)*. — Monatschft. f. Geb. u. Gynäk., 1935, 99, 29.
- Ferrier*. — Bull. Soc. Electrothér. et Radiol., mai 1937.
- Ferrier et Gérard*. — Concours Méd., 21 février 1937.

- Flaskamp*. — Monatschft. f. Gebh. u. Gynäk., 1928, 80, 200.
- Francillon (M^m)*. — Essai sur la puberté chez la femme.
Th. Paris, 1905.
- Geiger*. — Klin. Wochschft., 1933, p. 1313.
- Gilbert-Dreyfus*. — Monde Méd., 15 mai 1937.
- Giles*. — Amer. Journ. Obst., 1897, 35, 713.
- Grevelink*. — Contribution à l'étude des fièvres ovariennes.
- Hamburger*. — Presse Méd., 30 janvier 1937.
- Hennig*. — Arch. f. Gynäk., 1871, 2, 300.
- Hohlweg et Jungmann*. — Klin. Wochschft., 1933, p. 502.
- Hovelacque (M^m)*. — L'hyperthermie prémenstruelle. Th.
Paris, 1921.
- Jacobi (M. P.)*. — The question of rest for women during
menstruation. New York, 1876.
- Jacoby (L.)*. — Monatschft., f. Gebh. u. Gynäk., 1932, 92,
337.
- Jessen*. — Lungenschwindsucht un Nervensystem. Iéna,
1905.
- Kraus*. — Wien. Med. Wochschft., 1905, p. 610.
- Kraus*. — Arch. f. Gynäk., 1932-33, 152, 32.
- Mayerhofer et Unverricht*. — Deutsche Med. Wochschft.,
1931, p. 1456.
- Menninger-Lerchenthal*. — Zentrabl. f. Gynäk., 1936, 2,
2072.

Newton. — Latest advances in physiology.

Ott (V.). — Zentralbl. f. Gynäk., 1890, p. 131.

Plantier. — De l'élévation de la température du nourrisson pendant les règles de la femme qui l'allait. Th. Lyon, 1903.

Rabuteau. — C. R. Soc. Biol. 1870, 2, 75.

Reinl. — Die Wellenbewegung der Lebensprocesse des Weibes. 1884.

Reinmann. — Cité par Hamburger.

Ricvhard. — Rev. fr. Endocrin., 1934, 12, 199.

Riebold. — Deutsche Med. Wochschft., 1906, p. 421.

Roussy et Mosinger. — Ann. de Méd., 1933, 33, 301.

Runge et Dickhelm. — Zentralbl. f. Gynäk., 1933, p. 2472.

Sabourin. — Rev. de Méd., 1905, p. 175.

Schickele. — Ergebn. inn. Med., 1913, 12, 385.

Schittenhelm et Didier. — Klin. Wochschft., 1932, p. 1092.

Simonnet et Brandwein. — Presse Méd., 3 août 1935.

Stapfer. — Les vagues utéro-ovariennes, Paris, 1912.

Tinel. — Le système nerveux végétatif, Paris, Masson, 1937.

Trousseau. — Clinique Méd. Hôtel-Dieu, t. III, p. 639, Paris, 1889.

Verzar et Arvay. — Zentralbl. f. Gynäk, 1932, p. 194.

Vignes. — Notes et recherches sur la menstruation. Th.
Paris, 1913.

Viville. — Arch. f. Gynäk., 1912, 97, 511.

Wunderlich. — De la température dans les maladies, Paris, 1872.

Zuckermann. — Travaux sur les hormones sexuelles.

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	11
CHAP. I. — <i>Historique</i>	13
— II. — <i>Résumé sur la physiologie des ovaires.</i>	17
— III. — <i>Les variétés de fièvres ovariennes...</i>	21
1° Fièvre prémenstruelle	21
2° — menstruelle	22
3° — ovulaire	22
4° — ovulaire et prémenstruelle...	22
5° — ovarienne continue	23
I. — Fièvre ovarienne avec prédominance de troubles cardio-vasculaires	24
a) Troubles congestifs	24
b) — spasmodiques	24
c) — douloureux	24
II. — Formes pseudo-tuberculeuse et pseudo- infectieuse	25
III. — Formes où prédominent les troubles psychiques	26
IV. — Fièvres ovariennes à forme doulou- reuse	27
<i>Evolution</i>	28
CHAP. IV. — <i>Observations</i>	29
Observation I.....	29
— II.....	31
— III.....	34
CHAP. V. — <i>Tentative d'explication sur l'origine des fièvres ovariennes</i>	37
CHAP. VI. — <i>Du traitement des fièvres ovariennes d'origine hormonale</i>	39
CHAP. VII. — <i>Conclusions</i>	41
<i>Bibliographie</i>	43

